NOTICE

SUR LES TRAVAUX

DU

Dr Ch. AUDRY (de Lyon)

Interne lauréat des hôpitaux (Prix A. Bonnet)
Préparateur au Laboratoire d'histologie
Préparateur d'histologie au Laboratoire de la Clinique médicale
Trois fois lauréat de la Faculté
Chef de Clinique chirurgicale (Pr Ollier)
Secrétaire de la Société des Sciences médicales

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Notre exposé de titres sera disposé dans l'ordre suivant :

I. — Pathologie expérimentale.

II. — Dermatologie et syphiligraphie.

III. — Recherches sur les tumeurs.

IV. — Documents de gynécologie et d'obstétrique.

V. — Maladies des os et des articulations.

VI. — Faits personnels de chirurgie opératoire.

VII. — Communications, observations, revues critiques, etc

I. — PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

1. — **Sur l'évolution du champignon du muguet.** *Revue de médecine*, juin 1887. (Travail fait au laboratoire de M. le professeur ARLOING.)

Une parcelle de muguet prise sur la bouche d'une femme atteinte de péritonite fut ensemencée sur de la gélatine. Elle fut le point de départ de plusieurs petits lobules très blancs juxtaposés à la surface de la gélatine qui n'avait pas été modifiée. Sur l'agar-agar les colonies poussent avec la même apparence; mais beaucoup plus rapidement parce qu'on peut mettre les cultures à l'étuve. Sur la pomme de terre, les cultures, moins blanches, offrent un aspect semblable. Si l'on examine les colonies au microscope, avec de forts grossissements, on constate qu'elles sont constituées par une agglomération de corps monocellulaires, facilement colorés par les couleurs d'aniline, de forme arrondie ou ovalaire, isolés ou accolés, présentant exactement l'apparence des levûres. Quelquefois à une cellule plus volumineuse en est appendue une autre par l'intermédiaire d'un pédicule plus ou moins fin. Tel est l'aspect constant des cultures venues sur les milieux tous solides que nous avons indiqués précédemment. Si on ensemence du bouillon avec un fragment de culture, ce bouillon se trouble rapidement. L'examen microscopique montre que l'aspect des éléments végétants est entièrement différent de ce qu'il était primitivement.

Dès les premiers jours, on voit que les éléments arrondis ont presque disparu. Ils se sont allongés, effilés, çà et là apparaissent de très longs filaments prolongeant un groupe de cellules généralement petites.

Ce processus de mycélinisation s'accentue très rapidement, et au bout de peu de jours, le muguet reprend sa forme de riche végétation mycélinique. Si alors, on prend une goutte de ce bouillon

chargé de mycélium et qu'on le reporte sur un des milieux nutritifs solides que nous avons précédemment étudiés, on voit le saccharomyces albicans végéter sous la forme primitive de colonies blanchâtres, etc. Au microscope, les cellules ont rigoureusement, et toutes, repris leur apparence de cellules de levûre, isolées, arrondies ou ovalaires, dépourvues de toute trace de mycélinisation.

La même succession de phénomènes se reproduit indéfiniment.

Ainsi, le champignon du muguet présente la singulière particularité d'affecter exclusivement la forme des levûres quand on le cultive sur la gélatine, l'agar, la pomme de terre, tandis qu'il offre un mycélium très vite et très bien développé quand il pousse dans le bouillon. Indépendamment de ce polymorphisme singulier et remarquablement net, suivant les milieux, nous pûmes constater :

1° Que le champignon du muguet s'élevait très bien sur des milieux nutritifs neutres ou alcalins, d'où l'impossibilité d'admettre la théorie ancienne faisant jouer à l'acidité de la bouche un rôle essentiel dans son développement ;

2° Que le borax entravait complètement son développement, tandis que la glycérine était inoffensive.

Au point de vue morphologique du phénomène, nous y trouvons un appui à une théorie de M. le professeur Arloing qui pensait à voir dans les formes « levûres » une simple étape d'êtres appelés à prendre un développement plus avancé en d'autres conditions.

II. — DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE

2. — Des rapports du gonococcus de Neisser avec quelques manifestations parablennorrhagiques. *Annales de dermatologie*, 1887.

Ce travail fut écrit à une époque où beaucoup d'auteurs marquaient des tendances à attribuer les complications de la blennorrhagie à des métastases du gonococcus de Neisser.

Nous avons vivement combattu cette manière de voir :

1° Parce que dans la grande majorité des cas publiés et une observation personnelle, on ne trouva pas trace de ce microbe;

2° Parce que, injecté dans les veines d'animaux, dans leur tissu cellulaire, leur péritoine, leurs articulations, le pus blennorrhagique paraît inoffensif;

3° Parce que les quelques examens positifs (Petrone, Kammerer, Bousquet) sont insuffisants, et que la différenciation du gonocoque exige des renseignements qui leur faisaient défaut;

4° Enfin parce que, cliniquement, rien n'autorise encore à voir dans une blennorrhagie normale une maladie résultant d'une infection générale.

En revanche nous admettons volontiers la propagation du gonocoque dans les lésions de voisinage. Quant aux accidents synoviaux, ils relèvent d'infections surajoutées s'opérant par la voie uréthrale, à travers la muqueuse blessée. On nous permettra de faire remarquer que les résultats ultérieurs des observateurs n'ont pu que confirmer notre opinion.

De l'érythème polymorphe infectieux herpétiforme. *Annales de dermatologie et de syphil.*, 1888.

A propos d'une observation recueillie à la clinique de l'Antiquaille nous avons montré qu'il fallait rattacher l'herpès fébrile

généralisé jadis décrit par Coutagne, à une variété d'érythème polymorphe fébrile et grave. Ces cas doivent être distingués de la fièvre herpétique de Parrot. Ils n'ont rien de commun avec les membres de la famille des pemphigus. D'autre part, on sait que l'érythème polymorphe, maladie infectieuse, peut très bien engendrer des efflorescences vésico-bulleuses. L'importance des éléments papuleux et des caractères congestifs de l'éruption, nous semble prédominante; l'herpès fébrile généralisé de Coutagne, n'est qu'une modalité d'érythème polymorphe.

3. — Tumeurs multiples de la peau Épithélioma et idradénomes. *Lyon méd.*, 6 mars 1892. (Avec la collaboration de M. Nove-Josserand.)

Observation d'une tumeur multiple de la peau du type Darier-Jacquet. (Examen microscopique.)

III. — TUMEURS

4. — Rétrécissement de l'œsophage par hyperplasie musculaire. *Bulletin médical*, 4 avril 1888.

Ce travail a pour point de départ 2 observations recueillies dans le service de M. Poncet. Le calibre de l'œsophage peut être rétréci : 1° par des myômes en tumeur ; 2° par hyperplasie des éléments musculaires des tuniques contractiles. Cette forme, décrite par Follin, a été signalée dans plusieurs observations dont une de Fontan, et quelques autres assez rares d'ailleurs. L'examen microscopique complet des pièces d'un de nos malades nous a montré une paroi très augmentée de volume en un point du trajet de l'œsophage. Le rétrécissement circulaire, peu élevé, était revêtu d'une muqueuse saine et était uniquement constitué par des fibres musculaires jeunes très nombreuses. Ces faits ont de l'importance pratique ; parce que ces cas se rapportent à des individus âgés chez lesquels on n'avait pas pensé à diagnostiquer un carcinome. En pareille occasion l'indication de la gastrostomie qui n'est pas encore bien impérieuse en cas de cancer, devient incontestable.

5. — Kyste du maxillaire inférieur d'origine épithéliale paradentaire. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 11 mai 1888.

Dans ce cas que nous examinâmes au laboratoire de M. le professeur Renaut, l'origine épithéliale paradentaire était incontestable. Il s'agissait d'une grande tumeur polykystique. M. Malassez voulut bien y voir un nouveau fait à l'appui de sa théorie.

5 *bis*. — Des récidives des kystes du maxillaire inférieur *Lyon médical*, 1891.

Nous pûmes examiner le maxillaire inférieur d'une femme pré-

sentant une vaste récidive d'une tumeur kystique opérée plusieurs années auparavant. Sur la pièce enlevée par M. le professeur Ollier, nous avons constaté que les éléments épithéliaux gardaient en nombre de points leurs caractères d'éléments anatomiques d'origine dentaire. Ainsi les récidives des kystes des maxillaires s'opèrent, ou mieux, peuvent s'opérer suivant un type anatomique semblable à celui de la tumeur ancestrale.

6. — **Des tumeurs de l'épiploon.** *Lyon médical*, 27 juillet, août 1889.

Nous avons adopté leur classification, toute artificielle mais commode et clinique, en tumeurs kystiques et tumeurs solides.

1. *Tumeurs kystiques*. — En dehors de quelques rares observations de kystes dermoïdes, de kystes sanguins, la grande majorité des tumeurs kystiques de l'épiploon sont des hydatides.

Sur 29 cas, une seule fois le diagnostic a été fait avant laparotomie (Slawjansky). On peut distinguer 2 formes : α) infiltration; β) tumeurs peu nombreuses, l'une d'elles ayant acquis un développement prédominant. Le traitement de cette dernière forme (ablation, incision et drainage) a généralement donné de bons résultats. La forme infiltrante, qui s'étend souvent à tout le péritoine, est beaucoup plus grave. En tous cas, on doit examiner le cul-de-sac de Douglas où leur présence est presque constante.

2. *Tumeurs solides*. — Les tumeurs malignes seules offrent de l'intérêt. Elles sont : α) secondaires, β) d'origine douteuse, γ) primitives.

α) Les tumeurs secondaires sont de beaucoup les plus fréquentes. Le plus souvent elles succèdent à des néoplasmes de l'estomac, de l'intestin, à des épithéliomas de l'ovaire. C'est l'étude de faits de ce dernier ordre qui a été le point de départ de ce travail.

I. Secondaires au cancer de l'estomac, les tumeurs de l'épiploon s'observent en noyaux, en masses, en plaques, en gouttes, etc. Nous y avons retrouvé la structure du carcinome. Il y a lieu de remarquer la fréquence des complications de cet ordre chez les individus jeunes, porteurs de cancer à marche rapide (Bard), c'est là une forme péritonéale du carcinome gastrique.

II. Secondaires à des néoplasmes de l'intestin.

III. L'envahissement de l'épiploon par l'épithélium des tumeurs végétantes de l'ovaire est très fréquent (V. Poupinel). Nous en avons étudié 3 cas; on retrouva facilement la morphologie de l'épithélium de la tumeur primitive. Il est hors de doute qu'il s'agit là d'un processus de greffe, au moins pour nombre de cas. Le liquide ascitique constant en pareil cas n'est pas nécessairement hématique.

β) Dans quelques observations prises dans les auteurs ou personnelles, nous n'avons pu fixer notre opinion. Comment faut-il interpréter les péritonites colloïdes de Cruveilhier, de Péan et d'Eve?

γ) Les tumeurs primitives sont rares.

I. Une première forme est constituée par les localisations des carcinoses primitives du péritoine. (Bamberger en compte 1 sur 14, Petrina 14 sur 40.)

II. De volumineux sarcomes ont été vus et opérés avec succès par Braun et Czerny.

7. — Récidives aberrantes et tardives des kystes de l'ovaire. *Annales de gynécologie*, 1890.

En dehors des faits de généralisation des tumeurs ovariennes, et de leurs récidives sous forme de tumeurs malignes, il existe des récidives vraies de kyste de l'ovaire à forme clinique, à type anatomique normal et bénin. Ces récidives sont rares. Elles peuvent : 1° se faire sur place (cas de Olshausen); 2° se faire à distance. Sur une malade opérée par Laroyenne, on enleva 10 ans après une ovariotomie une tumeur kystique, suppurée, fistuleuse située sous le foie, ayant débuté (pour la malade) 8 ans après l'opération primitive.

L'examen histologique nous a montré dans cette tumeur tous les éléments d'un kyste de l'ovaire à épithélium aussi typique que possible. Du reste elle s'était comportée comme une tumeur bénigne. Il n'y avait, bien entendu, aucune relation entre elle et le bassin. Il s'agissait probablement d'une adhérence abandonnée qui s'était mis à végéter lentement et tardivement.

7 *bis*. — Observation de kyste épidermique de l'index. *Prov. médicale*, 1891.

Dans ce cas, on ne pouvait pas invoquer le traumatisme.

S'agit-il d'inclusions traumatiques? Ne peut-on pas rapporter quelques-uns des cas réunis par Lebougle à la végétation de débris épithéliaux inclus congénitalement?

8. — **Les névromes plexiformes et les pachydermies névromateuses.** (En collaboration avec mon collègue et ami le Dr Lacroix, préparateur du laboratoire d'histologie. *Lyon médical*, 1891.)

M. Verneuil a décrit le premier cette variété de tumeur en 1857. Nous en avons réuni 21 observations, auxquelles nous avons pu ajouter 3 faits personnels. Après l'historique (Verneuil, Marjerin, Billroth, Bruns, Czerny, etc.) nous diviserons les faits en 3 variétés :

1° Névrome plexiforme de la tête. Un type nous en a été fourni par une malade opérée par M. le professeur Fochier. Ce sont le plus souvent des tumeurs débutant à la naissance, occupant la région temporo-palpébrale, indolentes, lentement progressives, pouvant entamer les plans osseux sous-jacents, etc. Au microscope, on trouve des éléments nerveux myéliniques et amyéliniques contenus dans des gaines ayant subi une hypertrophie considérable de leur tissu fibreux de soutènement. Ce sont véritablement des *névromes* puisqu'il y a hyperplasie des fibres nerveuses, et que l'hypertrophie frappe les éléments conjonctifs des nerfs. Il paraît prudent de les opérer le plus tôt possible, parce qu'elles progressent et que leur ablation devient d'autant plus difficile qu'elles sont plus étendues.

2° Névromes plexiformes du tronc et du cou. Unis aux précédents par une série de transitions, ils offrent d'ordinaire un développement pendulaire très marqué (un fait personnel emprunté à M. le professeur Poncet). Comme les précédents, ils sont caractérisés par la présence des cordons durs sous-cutanés, enchevêtrés en paquets de ficelle ; leur origine probablement congénitale, etc. Ils peuvent acquérir des dimensions énormes.

3° Pachydermies névromateuses, admises par Verneuil, par Bruns (qui dénommait le névrome plexiforme : éléphantiasis neuromateux), etc. Des faits remarquables ont été publiés par Winiwarter et surtout par Czerny. Nous en donnons une nouvelle observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet. Ce sont des faits qui doivent être distingués des hypertrophies congénitales des membres. Il existe de véritables éléphantiasis neuromateux.

IV. — DOCUMENTS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Cliniques de MM. les professeurs Laroyenne et Fochier.

9. — **Note sur une série de vingt-cinq sections péritonéales.** *Annales de gynécologie*, 1890. Exposé de la technique opératoire de M. le professeur Laroyenne.

Elle se borne à une rigoureuse asepsie.

10. — **Note sur l'hystéropexie.** *Progrès médical*, 1890. (Procédé de M. Laroyenne.)

11. — **Note sur un procédé opératoire d'amputation des corps fibreux de l'utérus.** *Lyon médical*, 1890.

12. — **Sur un signe précoce du cancer de l'utérus.** *Lyon médical*, 1890.

Signe de l'ongle : Toutes les fois que dans une surface suspecte du col ou de la cavité cervicale on pourra enfoncer l'ongle et ramasser quelques débris de tissus, on est autorisé à affirmer la nature épithéliomateuse de la maladie.

13. — **De l'intoxication iodoformée consécutive au tamponnement péritonéal de Mikulicz.** *Lyon médical*, 1891. (D'après 5 observations prises à la clinique gynécologique.)

Dans les 4 premiers cas, il s'agissait d'ablations d'annexes ou de tumeurs polykystiques enclavées. Les difficultés opératoires avaient engagé l'opérateur à drainer le cul-de-sac de Douglas avec le tampon de Mikulicz (gaze iodoformée en lanières, enfermées dans un sac de même substance).

Indépendamment de tout signe positif d'infection, ces malades présentèrent de l'hyperthermie, une accélération considérable du pouls, des troubles gastriques, en même temps qu'on constatait de

l'iodoforme dans leur salive. Ces troubles pouvaient se borner à un simple état gastrique (langue saburrale, etc.). Dans tous les cas, on avait employé de la gaze iodoformée moyennement chargée et sur laquelle on avait cru devoir semer de la poudre d'iodoforme. Les 4 malades guérirent sans encombre en 4 ou 5 jours.

La 5e observation se rapporte à une opérée où l'intoxication s'unit à l'infection pour amener la mort. On s'était servi de gaze iodoformée forte. En règle générale, on devra donc proscrire l'usage de gaze fortement iodoformée et éviter de semer de la poudre d'iodoforme à la surface du tampon. Il ne faudra pas trop s'alarmer des accidents de ce genre, souvent assez bruyants, qu'on rencontrera pendant les premiers jours après les opérations abdominales que l'on aura cru devoir terminer avec un pareil drainage.

14. — **Du traitement des grossesses extra-utérines par la laparotomie.** *Archives de tocologie*, 1890. Travail ayant eu point de départ une malade opérée avec succès par M. le professeur Fochier.

(Ablation d'un fœtus macéré de 2800 gr. âgé de 14 mois, enfermé dans des adhérences péritonéales. Impossibilité absolue d'enlever le sac et le placenta. Drainage. Guérison.)

Nous avons essayé de faire connaître les résultats des opérations pratiquées pour grossesses extra-utérines depuis l'époque de la thèse d'agrégation de Maygrier et celle du grand ouvrage de Werth, c'est-à-dire depuis 1886.

De 1886 à 1890, il a été publié 170 observations environ, dont 140 ont pu être soumises à notre analyse. Sur ce total, 13 observations seulement ont été fournies par des opérateurs français ; cela tient à ce que la grossesse extra-utérine est plus rare en France, parce que les étrangers ont leur attention plus énergiquement attirée sur les accidents du début, parce qu'ils considèrent avec raison la totalité des hématocèles et des hémato-salpinx comme des gravidités extra-utérines, enfin parce qu'ils sont beaucoup plus interventionnistes.

Il faut distinguer les laparotomies pratiquées pour des grossesses extra-utérines : 1° de moins de 5 mois ; 2° de plus de 5 mois.

Nous admettons d'ailleurs qu'en pratique on peut considérer

(Tait) toutes les gravidités extra-utérines comme tubaires au début, et que dans l'immense majorité des cas la trompe gravide se rompt, au plus tard, vers le 5e mois.

1° *Grossesses extra-utérines de moins de 5 mois.*

α) Le kyste fœtal n'est pas rompu. Veit recommande d'opérer aussitôt. L'opération est très bénigne. 1 seul décès sur 26 opérations. Autant que possible on enlèvera la trompe, c'est-à-dire le sac, avec le placenta, quelquefois cette ablation est impossible ; alors on drainera ; il faut se méfier des hémorrhagies placentaires. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine à cette époque offre malheureusement des difficultés parfois considérables.

β) Le kyste fœtal est rompu. Il s'agit en somme de la majorité des hématocèles.

I. Il faut opérer d'urgence. Lawson Tait est le promoteur de cette méthode qui lui a donné sur 26 opérations une seule mort ; sur 42, 2 morts. Sur 56 cas en majorité anglo-américains, nous comptons 10 décès. Les allemands préfèrent laisser passer les premiers jours qui suivent la rupture.

II. On opère tardivement des hématocèles fœtales secondairement infectées. Ce sont des opérations d'urgence qui ne donnent pas de très bons résultats.

2°. *Grossesses extra-utérines de plus de 5 mois.* — Le fœtus est mort ou vivant.

α) Fœtus mort. 2 grandes méthodes :

I. Incision et drainage ; c'est le procédé ancien. La mortalité des opérations connues de Werth et Maygrier était de 37 0/0. Sur 34 cas récents, nous avons 6 décès, soit 19 0/0 ; 7 succès appartiennent à des chirurgiens français. Le traitement du placenta est très délicat. Si l'on ne peut pas l'enlever, il faut faire un drainage difficile et dangereux.

II. Extirpation du sac (Litzmann, 1880). 5 observations depuis 1886 : un seul décès. Les suites sont ainsi bien simplifiées ; malheureusement son exécution est souvent rendue impossible par les adhérences totales, ou même l'absence de sac énucléable.

β) Fœtus vivant.

I. Incision du sac. Dans l'ancienne statistique 90 0/0 des femmes

ont succombé, le plus souvent à des hémorrhagies placentaires. Depuis 1886, 6 observations avec 5 guérisons pour la mère, 4 pour l'enfant.

II. Extirpation du sac. Breisky, Olshausen ont ainsi sauvé la mère et l'enfant.

En pareil cas, on évite les redoutables hémorrhagies immédiates ou secondaires par le placenta. C'est l'opération idéale, malheureusement elle est trop souvent impossible parce qu'on ne peut pas isoler le sac.

La grossesse ectopique est une tumeur maligne ; elle doit être traitée comme telle, c'est-à-dire enlevée d'urgence, aussitôt qu'on l'a reconnue.

Notons en passant que ce sont les conclusions enseignées par M. le professeur Pinard.

15. — **Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prævia.** *Lyon médical*, 1890.

D'après 2 cas très graves observés à la clinique de M. le professeur Fochier, et qui se sont heureusement terminés. Le tamponnement intra-utérin fait avec de la gaze iododoformée (Dührssen) faible est le meilleur moyen d'arrêter les hémorrhagies persistantes qui se produisent en pareil cas, et comportent une gravité extrême.

V. — MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS

16. — Résection ancienne sous-périostée du coude droit. Autopsie
Revue de chirurgie, 18 avril 1887.

Observation d'une malade opérée par M. le professeur Poncet et morte 9 mois plus tard de variole hémorrhagique. La pièce présentait un remarquable exemple d'adaptation fonctionnelle. La réossification s'était produite fort rapidement; elle était riche au niveau du condyle interne; l'olécrâne n'était pas reformé; une plaque osseuse occupait le milieu du tendon du triceps solidement inséré au cubitus. Une capsule très forte, très serrée jouait le principal rôle dans cette articulation qui, pendant la vie, fournissait déjà d'excellents résultats.

17. — Du pseudo-mal de Pott hystérique. *Lyon médical*, 29 octobre 1887.

Travail ayant pour point de départ l'histoire de 2 malades de M. le professeur Poncet. Il s'agissait de 2 jeunes femmes qui l'une et l'autre avaient présenté du côté de la colonne vertébrale des accidents douloureux tenaces; l'une et l'autre avaient été traitées pour des maux de Pott vrais; c'est pourquoi nous leur avons donné la dénomination de « pseudo-mal de Pott hystérique ».

Ces faits se rapprochent de certaines formes d'irritation spinale; c'est en somme la forme grave de la rachialgie hystérique déjà décrite par Sydenham. Comment peut-on les différencier de la vraie tuberculose vertébrale?

1° L'absence de déformation n'a pas de signification, car elle manque souvent dans le mal de Pott authentique.

2° Le siège de la douleur n'a pas d'importance. Il faut accorder une importance plus considérable à sa modalité (hyperesthésie cuta-

néo, douleur superficielle, irradiée, étendue chez les hystériques). Le signe de Wenzel (douleur par choc sur la tête), le signe de Spring (douleur par la flexion latérale du thorax) sont assez probants en faveur de la tuberculose.

3° Il est difficile d'accorder une valeur absolue aux paralysies et aux contractures, et même aux troubles trophiques.

Il vaut mieux s'appuyer sur la recherche des stigmates vrais de l'hystérie.

Il y a deux symptômes pathognomoniques quand ils sont bien avérés : l'existence d'une gibbosité caractéristique, et celle des abcès froids.

18. — **Sur une forme d'arthrite prolongée douloureuse. Arthralgie à forme névralgique.** *Revue de chirurgie*, octobre 1888. Travail fait sur des indications fournies par M. le professeur Poncet.

A côté des arthralgies sans lésion, il existe des arthrites véritables, avec lésions anatomiques indéterminées mais réelles, comportant des phénomènes douloureux extrêmement intenses, inexplicables d'après les désordres. La douleur peut ainsi atteindre un degré tel que la vie devient insupportable et que les malades réclament instamment l'amputation ; celle-ci les guérit. L'un de nos faits se rapporte à une femme atteinte d'ostéomyélite du fémur ancienne que la trépanation n'avait pu soulager. Sur ses instances, M. Poncet fit la désarticulation de la hanche. La malade succomba. On ne trouva rien autre qu'une dégénérescence graisseuse de la totalité du membre immobilisé depuis plusieurs années.

Toutes nos observations se rapportent à des femmes. Il est hors de doute que la qualité du sujet porteur de la lésion joue un rôle prépondérant dans la production de ces phénomènes douloureux. Ces faits doivent être rapprochés de la mamelle irritable. Il faut accepter la donnée de Broca : que le malade et non la lésion, fait la douleur. On doit distinguer de pareils faits : 1° des arthralgies hystériques sans lésions ; 2° des ostéo-arthrites avec foyers osseux ou kystes évoluant lentement. Elles n'ont rien de spécial ni dans leurs lésions, ni dans leur nature, ni dans leurs symptômes, rien autre que l'intensité de la douleur.

19. — Du pied creux sur les membres atteints de tuberculose du genou. *Lyon médical*, 14 juin 1891.

De l'examen de 15 malades observés à la clinique de M. le professeur Ollier, nous avons pu conclure : que sur les membres inférieurs dont le genou est tuberculeux on trouve le plus souvent un pied creux direct, quelquefois très prononcé. Ce pied creux se retrouve également chez les malades en traitement et chez ceux qui ont été guéris par la résection. Il manque sur les membres inférieurs atteints d'autres affections ostéo-articulaires. Il y a lieu de croire qu'on doit attribuer cette déformation à un certain degré de paralysie du triceps sural qui laisse le calcanéum basculer autour de son axe transversal, son extrémité antérieure se relevant et augmentant la hauteur de la voûte plantaire antéro-postérieure.

20. — Des ostéites de l'omoplate. *Revue de chirurgie*, novembre, décembre 1887.

Après un résumé des observations publiées ou personnelles d'ostéites traumatiques de l'omoplate, après avoir rappelé les faits publiés trop succinctement pour nous être utiles, nous abordons l'histoire des ostéites spontanées de l'omoplate. Elles n'ont jamais été l'objet de travail d'ensemble ; les faits publiés, souvent fort intéressants, ne sont pas très nombreux. Il est impossible d'en avoir une idée précise si l'on ne connaît pas les lois du développement de l'omoplate. Il se compose d'une masse centrale complète par 3 épiphyses :

1° Une épiphyse pour l'angle inférieur et le bord interne ;

2° Une épiphyse pour l'extrémité de l'épine ;

3° Une épiphyse coraco-glénoïdienne, très importante.

I. *Ostéites du bord interne et de l'angle inférieur.* — Rares et dépourvues d'intérêt.

II. *Ostéites de l'épine et de l'acromion.* — Une forme locale, primitive, le plus souvent tuberculeuse, occupant l'acromion. Une forme primitive tendant à gagner l'épaule (rare). Une forme frappant l'articulation acromio-claviculaire (rare). Enfin, des lésions acromio-spinales ayant succédé à une lésion tuberculeuse de l'articulation de l'épaule.

Toutes ces ostéites offrent les caractères cliniques ordinaires; il faut craindre l'envahissement secondaire des séreuses musculaires et intervenir hâtivement à cause des dangers entraînés par l'extension de la lésion souvent tuberculeuse.

III. *Ostéites du massif coraco-glénoïdien* :

1° Glénoïdites tuberculeuses : α) Glénoïdite primitive (König, Ollier) grave ; rare (rareté relative des scapulalgies tuberculeuses primitivement glénoïdiennes). β) Glénoïdites secondaires des tuberculoses scapulo-humérales ordinaires.

2° Ostéomyélite juxta-glénoïdienne. C'est la lésion de la grande ostéite aiguë de l'omoplate ; maladie assez fréquente, ayant souvent nécessité l'ablation de cet os ; cette opération donne un excellent résultat immédiat et tardif.

3° Coracoïdites (d'A. Poncet).

α) Les lésions tuberculeuses parties du sommet de la coracoïde ont pu descendre, nécessiter la résection de l'épaule, puis la désarticulation du bras, puis l'ablation de l'omoplate.

β) Le plus souvent, on observe des foyers localisés à cette épiphyse.

IV. *Ostéites du corps.* — Nous n'en connaissons pas d'exemple net.

V. *Ostéites polyépiphysaires.* — Elles sont rares. La syphilis peut en créer de superbes.

21. — **Les tuberculoses de l'épaule**. Avec la collaboration de M. le Dr G. Mondan. *Revue de chirurgie*, mars 1892. (Travail de la clinique de M. le professeur Ollier.)

La présente étude envisage successivement l'anatomie pathologique, la pathogénie et la symptomatologie des tuberculoses développées dans l'articulation scapulo-humérale.

Anatomie pathologique (d'après 32 pièces examinées à la Clinique).

Dans un certain nombre de cas, la détermination exacte et certaine du point de départ des lésions offre des difficultés presque insurmontables, surtout si l'on se contente des documents fournis

par le seul examen des pièces ; il est nécessaire de recourir à l'observation clinique. Sur les 32 pièces examinées, 1 fois le point de départ resta douteux, 2 fois il était certainement synovial, et 29 fois l'origine osseuse parut indubitable. 23 fois il fallait chercher dans l'humérus l'origine du mal. Très rarement, on le trouve dans l'omoplate. Dans la grande majorité des cas (22), les foyers tuberculeux, le plus souvent multiples (19 fois sur 29), occupent dans l'humérus l'épiphyse. 5 fois, on nota des lésions empiétant sur l'épiphyse et la région juxta-épiphysaire ; 5 fois elles furent juxta-épiphysaires ; 2 fois seulement on trouva les foyers dans la diaphyse.

Le lieu d'élection des tubercules est situé dans le col anatomique et sur la partie supérieure de la coulisse bicipitale, régions intra-épiphysaires. Du reste, cette localisation intra-épiphysaire des foyers osseux primitifs, est la règle en tuberculose osseuse. Les variétés de développement sous-périostiques et sous-cartilagineuses sont moins bien définies ; cependant il faut signaler une forme spéciale caractérisée par l'existence de petits foyers caséeux limités, sans séquestres, situés au-dessous du cartilage. Dans la majorité des cas (15/7), le foyer originel occupait les couches périphériques de la tête humérale, ce qui est une exception. La forme la plus ordinaire est constituée par des foyers caséo-fongueux. La tendance destructive est très marquée. Les sequestres moins fréquents qu'en d'autres extrémités osseuses, ne sont pas cunéiformes. Quelquefois on les trouve formés par de gros blocs frappés d'ostéite condensante.

L'infiltration fongueuse de la tête n'est pas rare. Une seule fois nous avons observé la carie sèche à l'état de pureté.

On peut distinguer en somme deux grandes formes : une forme humide, à marche relativement rapide ; une forme sèche, ankylosante, douloureuse, à marche très lente.

Étude étiologique. — Après avoir rapidement rappelé les grandes lignes anatomiques des épiphyses et des synoviales, nous passons à l'étude des facteurs locaux de la maladie et des rapports qu'elle affecte avec la tuberculose du malade.

Fréquence. — La tuberculose humérale est relativement rare ; on ne la rencontre guère plus d'une fois sur 50 cas de tuberculose ostéo-articulaire.

Hérédité. — 1 seule fois sur 28 observation. Du reste, les antécédents tuberculeux manquent d'ordinaire chez les sujets porteurs de lésions tuberbuleuses des os et des articulations. Peut-être cela tient-il à ce que l'hérédité s'opère sur les organes en tant que malformation, et non par infection. Il faut noter que Dollinger, qui n'a pas non plus retrouvé souvent la tuberculose dans les antécédents de ses malades, les croit fréquents chez les grands parents.

Age. — C'est une maladie qui apparaît à un âge moyen relativement avancé.

Traumatisme. — Il existait, probable ou certain, 9 fois sur 27 cas.

Autres manifestations tuberculeuses. — Sur 40 malades, 10 présentaient des lésions pulmonaires ; 7 autres des accidents tuberculeux de nature variable.

Étude clinique. — L'aspect clinique de la scapulalgie tuberculeuse est assez spécial, et différent de celui de la plupart des autres tumeurs blanches.

Douleur. — Très fréquente, quelquefois nulle, elle est extrêmement variable dans sa marche, son intensité, etc. La douleur du coude n'est pas très commune ; nous pensons qu'on peut l'attribuer à un certain degré d'ostéite bipolaire.

Troubles de la forme. — La vraie « tumeur blanche », les grandes tuméfactions fongueuses sont relativement rares.

En général, c'est la rétraction, l'atrophie du moignon de l'epaule qui constitue le symptôme cardinal de la scapulalgie tuberculeuse. Les phénomènes atrophiques dominent la scène, la position pathologique du membre est en abduction modérée et rotation en dehors. On note parfois un peu d'allongement qui est alors dû à l'abaissement de la tête humérale.

Les luxations pathologiques sont d'existence douteuse, ce qui est dû probablement à ce que les muscles insérés sur la tête humérale tendent à la maintenir plutôt qu'à la déplacer.

Quelquefois, on constate une subluxation de l'extrémité interne de la clavicule ; 2 de nos malades étaient scoliotiques.

Troubles de la fonction. — Ils se caractérisent par l'impotence des muscles et la tendance à peu près constante à l'ankylose.

Abcès et fistules. — On en observe dans l'immense majorité des cas ; ils siègent un peu partout ; très souvent dans la gaine du biceps.

Adénopathies. — Elles sont fréquentes, axillaires, ou même cervicales.

Atrophies à distance. — Constantes.

Marche, durée, etc. — Débutant tantôt par des accidents aigus et bruyants, la maladie peut s'installer progressivement et sournoisement. Sa durée peut être indéfinie. Elle tend d'une façon particulière à l'installation d'une ankylose.

Diagnostic. — Il faut tenir pour très suspectes toutes les arthrites chroniques de l'épaule ; dans la majorité des cas, indépendamment des renseignements fournis par l'examen microscopique et les inoculations des produits pathologiques, c'est la constatation des lésions pulmonaires ou autres qui rend le plus de service dans la détermination des cas douteux.

Un mémoire actuellement écrit, mais non encore paru, montrera que les résultats définitifs fournis par les résections sous-périostées de l'épaule tuberculeuse sont extrêmement satisfaisants.

Pour ce qui touche la portion capitale, celle des rapports de la tuberculose générale de l'individu avec les tumeurs blanches, on voudra bien se reporter à la fin de l'analyse suivante. Les résultats fournis par l'étude des malades atteints de l'épaule et du pied sont comparables ; peut-être ceux de l'épaule sont-ils un peu supérieurs.

22. — **Les tuberculoses du pied.** (Th. de Lyon, 1890, Paris, 240 p. Baillière. — 23. *Revue de chirurgie*, 1890. — 24. Articles dans la *Riforma medica* (de Naples), 1891. Travail fait sous la direction de M. le professeur Ollier, et basé sur l'étude de 175 observations prises à la clinique.

1. — **Anatomie pathologique**. Sur 134 pièces examinées : 16 fois, les lésions ont été primitivement synoviales ; 104 fois, elles

ont eu un point de départ osseux; 14 fois, nous n'avons pu leur assigner une origine déterminée.

Sur les 104 cas d'origine ostéale :

14	se rapportaient	à la mortaise tibio-péronéale.
18	—	à l'astragale;
37	—	au calcanéum;
3	—	au cuboïde;
3	—	au scaphoïde;
3	—	aux cunéiformes;
26	—	à l'un des métatarsiens;
1	—	aux phalanges.

Après avoir analysé et indiqué les statistiques de Czerny et de Munch, nous distinguons 5 types de lésions :

1° Tuberculose du tarse postérieur d'origine synoviale ou tibio-péronéale, exceptionnellement partie de l'astragale ou du calcanéum, se développant surtout dans l'articulation tibio-tarsienne, accessoirement dans la sous-astragalienne.

2° Lésions associées et perpendiculaires du calcanéum et de l'astragale.

3° Lésions centrales du calcanéum.

4° Tuberculose de la rangée ostéo-articulaire antéro-tarsienne.

5° Lésions des métatarsiens et des phalanges.

II. — **Étude étiologique.** Il faut considérer les conditions relatives au sujet porteur, et à l'origine de l'infection tuberculeuse générale et les conditions d'étiologie locale.

1° Le sexe n'a pas d'influence. La maladie se produit le plus souvent à l'époque de la croissance du système squelettique. Sur 185 cas, nous en trouvons 59 où le traumatisme paraît avoir déterminé l'apparition du mal.

Nous avons très rarement trouvé l'*hérédité* dans les antécédents de nos malades, 12/185.

Sur ces 185 malades, 75 au moins ont présenté, à notre connaissance, des accidents tuberculeux en d'autres points de l'économie (38 : poumons, 28 ostéites multiples, 3 péritonites, 2 méningites, etc.).

2° Après avoir rapidement rappelé la marche de l'ossification du pied, nous indiquons les lésions de diverses variétés d'entorse, dont le rôle pathogénique est incontestable.

III. — **Étude clinique.** Il y a : 1° des ostéites pures; 2° des ostéo-synovites.

1° Ostéites pures. — Rarement observées au péroné, au tibia, à l'astragale, quelquefois au cuboïde, elles sont fréquentes au calcanéum. Elles se manifestent par de la douleur, des abcès, des fistules, etc. La marche est très variable, la durée indéfinie. Nous avons vu un épithélioma envahir les trajets fistuleux, invétérés.

2° Synovites et ostéo-synovites. — I. de l'arrière-pied; — II. du tarse antérieur; — III. des articulations métatarso-phalangiennes.

I. Ostéo-synovites de l'arrière-pied. —

α) *Arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne.* — La douleur est spontanée ou provoquée par les mouvements d'extension et de flexion, etc. Il y a du gonflement, des fistules, etc. La déformation caractéristique est l'équinisme. Dans presque tous les cas (et c'est un symptôme commun à toutes les tuberculoses du pied) on note : des adénopathies poplitées ou inguino-crurales; des atrophies considérables et tenaces.

La marche est très capricieuse. La maladie peut évoluer en quelques semaines ou durer jusqu'à 40 années sans arrêter le malade.

β) *Arthrites sous-astragaliennes.* — Souvent consécutives aux lésions du calcanéum. Elles se traduisent par du gonflement, etc. Le meilleur signe est fourni par ce fait que les mouvements d'adduction et d'abduction du pied sont douloureux ou impossibles.

γ) *Formes complexes* constituées par l'association des 2 variétés précédentes. Elles sont graves.

En dehors des cas précédents, on a quelquefois affaire à des arthrites médio-tarsiennes, souvent limitées au bord interne (astragalo-scaphoïdiennes) ou au bord externe (calcanéo-cuboïdiennes).

II. Tuberculose antéro-tarsienne. — Elle possède bien son autonomie clinique.

Elle se manifeste par l'apparition d'un gonflement disposé en bourrelet transversal occupant d'abord la face dorsale, puis la face plantaire du pied — et par l'abolition des mouvements du pied autour de son axe antéro-postérieur. Dans aucun cas, les abcès ne sont aussi constants, ou aussi précoces.

III. Ostéo-arthrites métatarso-phalangiennes. — Elles sont très gênantes au point de vue de la marche, quand elles siègent sur la tête du 4e et du 5e métatarsien. Les arthrites interphalangiennes peuvent simuler de vrais maux perforants tuberculeux.

IV. — **Traitement**. Tout ce qui regarde les résections du pied, l'amputation périostéo-talonnière a été magistralement exposée par mon maître le Dr Ollier, dans le tome III du *Traité des résections*.

Nous avons surtout essayé de faire connaître les observations que nous possédions; observations importantes, parce que toutes représentaient des histoires pathologiques complètes, des résultats opératoires assez anciens pour être considérés comme définitifs. Nous avons distingué trois grandes méthodes de traitement.

1° Immobilisation et cautérisation superficielle. Opérations économiques.

2° Résections.

3° Amputations.

1° Immobilisation et cautérisation superficielle. — Opération économique. Un premier mode de traitement est constitué par les tentatives ordinaires d'immobilisation, la thalassothérapie, etc.

Un second comprend les opérations sanglantes irrégulières.

Celles-ci à leur tour comprennent soit l'arthrotomie ignée et les cautérisations tunnellisantes, etc; soit les opérations économiques, c'est-à-dire les curages du pied. En général nous considérons que l'ostéotomie ignée et les grandes cautérisations peuvent rendre de grands services chez les enfants.

Nous ne sommes pas partisan des curages du pied; ils nous semblent bien inférieurs aux résections typiques. Cependant, nous pensons qu'ils peuvent rendre des services quand il s'agit de lésions

du calcanéum. Si ce sont des tuberculoses centrales de cet os, l'évidement sous-périosté, à la façon de Sédillot, peut être suffisant à condition qu'on l'exécute largement et bien à découvert.

On peut, d'autre part, pratiquer de véritables arthrotomies sous-astragaliennes ; mais, en pareil cas, nous préférons l'ablation de l'astragale.

Nous avons pu retrouver 24 malades traités par ces procédés à une époque suffisamment ancienne, c'est-à-dire datant de 22 ans à 18 mois. 7 sont morts tuberculeux, 3 ont récidivé. 3 présentent des lésions tuberculeuses aberrantes, leur pied étant guéri ; 11 sont en très bon état. Le plus ancien a été opéré il y a 17 ans.

En règle générale, on pourra appliquer largement chez l'enfant les procédés d'arthrotomie ignée. Mais il faudra conserver une grande méfiance à l'égard des opérations non typiques pratiquées chez l'adulte.

2° Résections. — Nous serons bref sur ce chapitre si parfaitement étudié par M. le professeur Ollier. On peut avoir à pratiquer :

I. Des résections tibio-tarsiennes. { Semi-articulaires inférieures (astragale). Semi-articul. supérieures. Totales. }

II. Des résections du calcanéum.

III. Des tarsectomies postérieure, antérieure ou complexes.

IV. Résection des métatarsiens et des phalanges.

I. *Résections tibio-tarsiennes.* — α) Ablation de l'astragale. C'est l'opération d'élection parce qu'elle seule permet d'explorer complètement et d'atteindre les surfaces suspectes. Le manuel opératoire et le traitement ultérieur ont été exposés ailleurs.

Les indications formelles sont : le traitement de la lésion tuberculeuse ; l'exploration de la région ; le drainage.

L'étude de 40 observations nous permet de montrer que les résultats définitifs sont persistants, et le plus souvent très remarquables. La fonction du pied peut recouvrer son intégrité et la forme est conservée d'une manière irréprochable.

β) Résections semi-articulaires supérieures et totales. On les pratique beaucoup plus rarement. Autant que possible, il faut conserver une mortaise et faire des résections mo'delantes.

II. *Résections du calcanéum.* — Nulle part la régénération osseuse ne s'opère d'une façon aussi satisfaisante. Cependant, il ne faut enlever la totalité de l'os que si l'étendue des lésions l'exige, parce que la réparation exige un temps long (1 année).

III. *Des tarsectomies.* — Elles peuvent être : postérieures, antérieures, complexes, totales. Ce sont d'excellentes opérations, relativement peu répandues, applicables au cas graves, et donnant des résultats tout à fait remarquables.

α) Tarsectomie portérieure (ablation de l'astragale et du calcanéum). On peut la pratiquer en un temps ou en 2 temps. (Voir *Traité des Résections.*) Elle est en compétition avec le Wladimiroff Mikulicz; mais elle conserve le talon et la forme du pied; et nous n'hésitons pas considérer les résultats qu'elle donne comme bien supérieurs à ceux de l'amputation ostéo-plastique en question. Deux de nos opérés ont fait jusqu'à 25 et 30 kilomètres à pied.

β) Tarsectomie antérieure (ablation de la rangée antérieure du tarse). Elle s'applique surtout aux ostéo-arthrites antéro-tarsiennes que nous avons décrites. Exécutées, et surtout soignées suivant les règles indiquées, les tarsectomies antérieures fournissent les meilleurs résultats à tous les points de vue. Il est préférable de les faire toujours totales. Dans tous les cas, quelle que soit la variété de résection dont il s'agit, on n'aura de résultats sérieux qu'à la condition d'eviter absolument la réunion immédiate, de panser à ciel ouvert, et de maintenir des drainages larges et prolongés.

γ) Tarsectomies complexes. Résection portant sur l'un et l'autre segment du tarse. Ce sont des opérations mal réglées, nécessitées par des lésions étendues, et qui n'ont fourni que des résultats médiocres.

δ) La tarsectomie totale leur est peut-être préférable. Nous en donnons une belle observation de M. le professeur A. Poncet.

III. *Résections des métatarsiens et des phalanges.* — Elles sont loin de donner de très bons résultats. Il ne faut pas hésiter à faire la désarticulation sous-périostée de l'orteil en cas de tumeur blanche grave de cette articulation.

Indications générales des résections. — 1° *L'âge du sujet.* Entre 15 et 30 ans, elles sont l'opération de choix ; cependant les enfants en retirent d'excellents résultats, et quelquefois, les sujets âgés. — 2° *L'état général du malade.* On ne doit pas réséquer un malade en évolution de tuberculose floride. On peut opérer avec grand bénéfice des tuberculeux pulmonaires à forme lente, à état général bon. L'état du poumon peut très bien être amelioré par la guérison du pied. On a quelquefois des résultats locaux et généraux inespérés. Une seule de nos réséquées a vu sa tuberculose recevoir un coup de fouet pour aboutir à une méningite, cela sur 84 grandes résections.

3° *Amputations.* — Leurs indications sont de plus en plus restreintes, et sont le plus souvent fournies par l'état général et les lésions pulmonaires avancées.

Nous insistons sur les résultats excellents fournis par la désarticulation sous-périostée du gros orteil ; elle reconstitue un talon antéro-interne excellent. Nous étudions la désarticulation tibio-tarsienne sous-périostée d'Ollier (lambeau de Syme doublé du périoste calcanéen). Nous montrons qu'elle arrive à produire les résultats d'un Pirogoff idéal. C'est à elle qu'il faut demander les dernières tentatives pour conserver au malade un membre capable d'une marche excellente. Enfin, quelques mots sur les amputations plus élevées qui peuvent être imposées par les circonstances (énorme étendue des lésions locales, nécessité de guérir vite la peau, etc.). Sur 27 malades, 17 sont restés guéris, le plus ancien depuis 28 ans. Comme il est beaucoup plus difficile de retrouver ces malades, on ne peut pas en faire une statistique aussi complète que celle des réséqués.

V. **Pronostic.** — Quel est l'avenir définitif que peut attendre un malade atteint de tuberculose du pied ? Nous tenons avant tout à montrer que ces malades peuvent guérir, qu'ils guérissent dans une haute proportion.

Nous connaissons l'histoire de 120 de nos malades suivis pendant une durée de 1 an au moins, 2 ans au plus. Sur ces 120, 57 ont présenté en d'autres points que le pied des manifestations tuber-

culeuses très variables. Sur ces 57, 35 sont morts. Il faut remarquer ce fait jusqu'à présent peu connu, mais très remarquable, que les malades succombent surtout pendant les premières années.

Sur 36, 16 meurent pendant la première année du traitement, 10 pendant la seconde, le reste dans un délai variant de 2 à 22 ans. Ainsi *le pronostic des tuberculoses articulaires est comparable à celui des cancéreux; il va en s'améliorant à mesure que le temps passe.* C'est là une opinion exactement contraire à celle de König, mais que nous croyons bien assise. 21 malades sont actuellement vivants, tuberculeux avérés; plusieurs sont en voie de guérison positive; un grand nombre voient leur état entièrement stationnaire depuis longtemps; quelques-uns évoluent normalement vers la terminaison fatale (phtisie ou autre). Enfin 63 malades n'ont jamais paru tuberculeux; sur ce chiffre, 4 au moins sont en cours d'observation depuis plus de 25 ans. Au surplus, parmi les décédés, nous comptons 3 malades morts après 18, 20 et 22 ans; ne peut-on pas les considérer comme guéris?

VI. — FAITS PERSONNELS DE CHIRURGIE OPÉRATOIRE

25. — Fracture de la 5e cervicale. Trépanation in extremis. Mort. *Lyon médical*, 1891.

A noter dans les symptômes une température axillaire de 41°,5. La lésion offrait le type classique (fracture oblique du corps). Nous trouvâmes la moelle presque sectionnée. La résection des 4e, 5e et 6e arcs postérieurs décomprima manifestement le cordon médullaire. mais il était presque entièrement sectionné à sa partie antérieure.

26. — Résection de l'intestin et gangrène herniaire. *Lyon méd.*, 1891.

A propos d'une résection de l'intestin faite en des conditions déplorables (abdomen rempli de matières fécales) et suivie de mort, nous avons rassemblé, principalement d'après les auteurs allemands, une série de cas de résections d'intestins pour gangrène herniaire. La résection paraît fournir actuellement des résultats très supérieurs à ceux de l'anus contre nature qui sont souvent déplorables. C'est du reste une opinion qui avait été soutenue par un grand nombre de chirurgiens à la Société des Sciences médicales de Lyon.

27. — Hydrocéphalie chronique apparue consécutivement à la guérison d'un spina-bifida ouvert spontanément. Tentative inutile de réincision de ce dernier. Trépanation. Drainage des ventricules. Mort. *Progrès médical*, 1891, 28 juillet.

L'observation est suffisamment résumée par le titre de cette note. C'est la 6e opération de ce genre que nous connaissions. 5 malades ont succombé. Une seule a survécu (Broca).

Dans le cas particulier, l'enfant a été opéré dans des circonstances désespérées. Bien qu'on ne puisse juger positivement la question en l'état actuel des choses, il ne semble pas que le pronostic d'ailleurs fatal de l'hydrocéphalie chronique ait été amélioré par des interventions de cet ordre.

VII. — RECUEIL DE FAITS

28. — **Hystérie. Goitre exophtalmique. Angine de poitrine chez un homme.** *Lyon médical*, 1887.

29. — **Fibrome de la queue de l'épididyme.** *Gazette des hôpit.*, mai 1887

30. — **Sarcome de l'extrémité inférieure du fémur.** *Lyon méd.*, 26 mai 89.

31. — **Sur la thyroïdectomie partielle.** *Gazette médicale*, 12 octobre 1889. 7 observations inédites de thyroïdectomies partielles faites par M. le professeur Poncet, et suivies de guérison.

32. — **Sur la nutrition des milieux transparents de l'œil,** d'après les expériences du professeur Panas. *Lyon médical*, 1887.

33. — **De la nature infectieuse du tétanos.** *Lyon médical*, 1887.

34. — **De la laparotomie dans la périostite tuberculeuse.** *Lyon médical*, 1887. D'après l'analyse de 72 faits.

35. — **Thyroïdectomie dans le goitre exophtalmique,** à propos d'une malade qui succomba (infection, insuffisance rénale). *Bulletin médical*, 1889.

36. — **Rhinoscléroms,** d'après Wolkowitsch, à propos de 3 cas observés par nous, à Prague, dans le service de M. le professeur Pick. *Province médicale*, 1891.

PRÉSENTATIONS A LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

37. — **Sur un mode de malformation congénitale du cœur.** (En collaboration avec mon collègue et ami le Dr G. Lacroix.)

38. — **Présentation d'un énorme fibrome utérin énucléé du ligament large** (par M. Laroyenne). *Lyon méd.*, 1890. Examen microscopique de la tumeur et de la gaine musculaire fournie par le ligament large.

39. — **Cancer du corps de l'utérus en même temps que cancer du col** (pièces fournies par M. le professeur Laroyenne). *Lyon méd.*, 1890.

40. — **Pièces fournies par un malade mort d'hydrargyrisme consécutivement à une injection de mercure métallique** (nécrose du maxillaire, entéro-colite, etc.). *Lyon méd.*, 1888.

41. — **Laryngite tuberculeuse. Asphyxie. Trachéotomie. Survie de 3 mois. Mort d'hémoptysie.** *Lyon méd.*, 1887.

42. — **Ovariotomie intracystique** (par M. le professeur Poncet). Examen microscopique. *Lyon méd.*, 1888.

43. — **Hydropyonéphrose tuberculeuse** (enlevée avec succès par M. Jaboulay.) *Lyon méd.*, 1888.

44. — **Présentation d'une fillette portant une luxation spontanee des 2 rotules.** *Lyon méd.*, 1892.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE